

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1922

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Deux cas de Fièvre Typhoïde

SIMULANT UNE

Tuberculose pulmonaire aiguë

PAR

JEAN BOULLARD

Président : M. MARCEL LABBÉ, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

73, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1922

Faculté de Médecine de Paris

DOYEN.....

M. ROGER

PROFESSEURS.....

MM.

Anatomie.....
Anatomie médico-chirurgicale.....
Physiologie.....
Physique médicale.....
Chimie organique et chimie générale.....
Bactériologie.....
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....
Pathologie et Thérapeutique générale.....
Pathologie médicale.....
Pathologie chirurgicale.....
Anatomie pathologique.....
Histologie.....
Pharmacologie et matière médicale.....
Thérapeutique.....
Hygiène.....
Médecine légale.....
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....
Pathologie expérimentale et comparée.....

NICOLAS
CUNEO
CH. RICHET
André BROCA.
DESGREZ
BEZANÇON
BRUMPT
MARCEL LABBE
RENON
LECENE.
LETULLE
PRÉNANT
POUCHET
CARNOT
LÉON BERNARD
BALTHAZARD
MENETRIER
ROGER
ACHARD
WIDAL
GILBERT
CHAUFFARD
MARFAN
NOBECOURT

Clinique médicale.....

Hygiène et clinique de la 1^{re} enfance.....
Clinique des maladies des enfants.....
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....
Clinique des maladies du système nerveux.....
Clinique des maladies contagieuses.....

X.
JEANSELME
PIERRE MARIE
TEISSIER
DELBET
LEJARS
HARTMANN
GOSSET
DE LAPERSONNE
LEGUEU

Clinique chirurgicale.....

Clinique ophtalmologique.....
Clinique des maladies des voies urinaires.....

Clinique d'accouchement.....

BAR
COUVELAIRE
BRINDEAU
J. L. FAURE
AUGUSTE BROCA
VAQUEZ
SEBILEAU
DUVAL

Clinique gynécologique.....
Clinique chirurgicale infantile.....
Clinique thérapeutique.....
Clinique oto-rhino-laryngologique.....
Clinique thérapeutique chirurgicale.....

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI
ALGLAVE
BASSET
BAUDOIN
BLANCHETIERE
BRANCA
CAMUS
CHAMPY
CHEVASSU
CHIRAY
CLERC
DEBRE
DESMARET

DUVOIR
FIESSINGER
GARNIER
GOUGEROT
GREGOIRE
GUENIOT
GUILLAIN
GUILLEMINOT
HEITZ-BOYER
JOYEUX
LABBE (HENRI)
LAIGNEL-LAVASTINE
LANGLOIS

LARDENNOIS
LE LORIER
LEMIERRE
LEQUEUX
LEREBoullet
LERI
LEVY-SOLAL
MATHIEU
METZGER
MOCQUOT
MULON
OKINCZYC
PHILIBERT

RATHERY
RETTERRER
RIBIERRE
RICHAUD
ROUSSY
ROUVIERE
SCHWARTZ (A)
TANON
TERRIEN
TIFFENEAU
VILLARET

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

LE DOCTEUR CHARLES BOULLARD

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

« Que de raisons, mon père, pour vous dédier ce livre ! » Ces mots, écrits par Barbey d'Aurevilly au début de la dédicace de son « Chevalier des Touches », pourraient fort bien, je crois, me servir aujourd'hui. C'est en voyant votre vie de médecin-praticien, mon père, que j'ai désiré le devenir. Quand j'étais encore collégien vous m'emmeniez déjà voir des malades et vous aider ; c'était pour moi une grande joie, même quand je devais sortir avant la fin, un peu honteux et blême pour avoir entendu crier ou vu le sang couler. Depuis le début de mes études médicales, vous n'avez cessé de me donner les plus précieux conseils et vous êtes prêt à m'aider dans ma pratique de médecin. N'était-il pas naturel que je vous offre ces quelques pages qui me consacrent dans votre profession que vous aimez tant ?

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR MARCEL LABBÉ

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Qui a bien voulu me faire l'honneur d'accepter
la présidence de cette thèse.*

Je suis heureux, à la fin de mes études médicales, de témoigner ma reconnaissance à ceux qui furent mes Maîtres. A l'Ecole de Médecine de Caen, Messieurs les Professeurs Audrain et Léger entendirent et guidèrent mes premiers balbutiements aux lits des malades. Ils m'enseignèrent les premières notions de chirurgie et de médecine. Puis vint la guerre, au cours de laquelle je rencontrai à plusieurs reprises des médecins praticiens qui continuèrent mon instruction médicale, à peine ébauchée. A mon retour des armées, Monsieur le Professeur Marcel Labbé voulut bien m'enseigner la médecine générale et me faire approfondir diabète et affections gastriques, m'initiant aux questions délicates et ardues de la chimie biologique, me les rendant intéressantes. Qu'il me permette de le remercier tout spécialement pour avoir bien voulu accepter la Présidence de cette thèse. Monsieur le Docteur Fredet et Monsieur le Docteur Sauvé, m'apprirent les choses de la chirurgie. Monsieur le Docteur Macé m'inculqua l'obstétrique. Monsieur le Docteur Aviraguet me fit pénétrer les secrets de la médecine infantile et je le remercie de m'avoir indiqué ce sujet de thèse. Je n'oublierai pas deux médecins qui ne furent qu'indirectement mes maîtres : Monsieur le Professeur agrégé J. Camus m'infusa l'amour de la physiologie et Monsieur le Docteur Ouvry, de Lisieux me donna d'excellentes leçons cliniques.

A tous ces excellents maîtres je veux dire mes très sincères remerciements. Qu'ils soient assurés que je saurai me souvenir de leur fécond enseignement !

Introduction

Il y a fort longtemps que furent signalées pour la première fois les localisations pulmonaires du bacille d'Ebert ou des bacilles para-typhiques a et b. En effet, si certaines broncho-pneumonies tardives et les gangrènes pulmonaires, survenant au cours des fièvres typhoïdes, sont dues à des infections secondaires, dans de nombreux cas, tous les auteurs le reconnaissent, les bacilles typhiques seuls paraissent en cause. Ils sont responsables en particulier des congestions qui sont la règle dans la diéthiéntérie. Mais à côté de ces complications pulmonaires fréquentes de la fièvre typhoïde, il existe une véritable forme pulmonaire des infections éberthiennes. Les phénomènes intestinaux y sont minimes jusqu'à passer inaperçus. Les signes pulmonaires par contre dominent la scène, et si, pour une raison ou pour une autre, ils s'exagèrent ou se localisent à l'un des sommets, le clinicien envisage la possibilité d'une tuberculose. Ces cas de fièvre continue simulant une bacillose pulmonaire ne sont pas excessivement fréquents. Ayant eu la chance d'en observer deux cas chez de grands enfants au cours de notre stage chez M. le docteur Aviragnet, à l'hôpital des Enfants Malades, nous avons pensé qu'ils pour-

raient faire l'objet de notre thèse. Notre plan sera simple. Nous laisserons de côté le pneumo-typhus, typhoïde débutant par une pneumonie. Nous ne parlerons pas non plus des associations du Koch et de l'Eberth : les dothiéntéries survenant au cours d'une bacillose pulmonaire ou les tuberculoses se greffant sur les fièvres éberthiennes. Nous n'envisagerons ici que les infections éberthiennes dont l'allure clinique ressemble à la tuberculose pulmonaire aiguë au point de faire errer le diagnostic et le pronostic. Brièvement, nous exposerons les travaux faits sur ce sujet et essayerons d'indiquer quel est l'état de cette question ; nous ferons ensuite connaître nos observations ; puis, dans une dernière partie, nous dégagerons les conclusions qu'elles comportent.

Historique

C'est en 1904 que nous trouvons le premier travail d'ensemble sur ce sujet. Dans une thèse inspirée par M. le Professeur Widal « Congestion broncho-pulmonaire du sommet au cours de la fièvre typhoïde », le docteur Archarouni montre que le bacille d'Eberth détermine parfois, *au cours d'une typhoïde et généralement au début du second septennaire*, des congestions du sommet qui présentent les signes de la tuberculoses. Il cite, entre autres, deux observations à lui communiquées par notre maître, M. le docteur Aviragnet qui avait depuis longtemps observé ces phénomènes pseudo-tuberculeux au cours de la dothiéntérie. Le docteur Archarouni fait un historique complet de la question, rappelant que Guéneau de Mussy, Hossolle, Peter et Widal furent les premiers à signaler cette complication de la fièvre typhoïde. Il insiste sur le diagnostic à faire dans ce cas : bacillose survenant au cours de l'infection éberthienne ou congestion pulmonaire due à cette infection.

La variabilité des signes stéthoscopiques, la dissociation du pouls et de la température, facilitent le diagnostic, souvent difficile. Le pronostic est bénin, *mais le sommet atteint resterait affaibli*. Enfin le bain froid devrait être continué malgré cette complication.

Depuis cette thèse, plusieurs articles de journaux signalèrent des localisations pulmonaires de bacilles d'Eberth au cours de la typhoïde.

En 1915, dans un article de la *Presse Médicale*, Petges, Dumora et Peyri, écrivent que « un certain nombre de fièvres typhoïdes ont été confondues au début avec des broncho-pneumonies grippales ».

Le Professeur Minet, de Lille, publie en 1916, dans le même journal, un article où, se basant sur la présence de bacilles para-typhiques dans les crachats, il affirme avoir vu ces bacilles déterminer fréquemment au cours d'une fièvre continue; soit une bronchite simple, soit une congestion pulmonaire aiguë ou chronique, soit une congestion du sommet qui simulait la phtisie.

En 1916, le Professeur Mouriquand dit avoir vu des sujets atteints de fièvre typhoïde ou para-typhoïde présenter un syndrome pseudo-pleurétique.

Dans son « Traité de médecine des enfants », M. le Professeur Nobécourt, écrit en 1920 : « La congestion pulmonaire est fréquente, [au cours de la dothiéntérie] ; elle peut se localiser au sommet et faire penser à la tuberculose. Elle est d'ailleurs liée souvent alors à l'existence d'une lésion tuberculeuse latente du poumon ou des ganglions trachéo-bronchiques ».

Dans la *Presse Médicale* du 11 mai 1921, MM. Lemierre et Deschamps reprennent cette question. Citant les observations antérieures et les confirmant par des exemples personnels, ces auteurs concluent que soit au début, soit au cours de fièvres typhoïdes on a vu apparaître des syndromes pulmonaires pseudo-tuberculeux qui n'étaient

du qu'aux bacilles typhiques. Certaines lésions de cet ordre évoluèrent même vers la suppuration. MM. Lermierre et Deschamps insistent sur les procédés de laboratoire capables d'éclairer le diagnostic : Examen des crachats, hémoculture, séro-diagnostic, ponction du poumon, puis ensemencement et recherche de l'Eberth, examen cytologique du liquide en cas de pleurésie.

Le 24 décembre 1921, M. le Professeur Nobécourt fait à l'Hôpital des Enfants Malades, une clinique, résumée tout récemment le 20 février 1922 dans *Clinique et Laboratoire*. Au cours de cette clinique, il parle des altérations du sommet, simulant la tuberculose *au cours* d'une dothiéntérie et des broncho-pneumonies pseudo-tuberculeuses *au cours* de la même infection. Il insiste sur la difficulté du diagnostic : une tuberculose se greffe-t-elle sur l'infection éberthienne ? Il dit enfin l'importance de la recherche plusieurs fois répétée du bacille de Koch dans les crachats.

On trouve les mêmes opinions dans le « Nouveau Traité de Médecine » de MM. les Professeurs Roger et Widal. Cette question est donc fort à l'ordre du jour puisqu'elle fut surtout exposée depuis 1915. A l'heure actuelle, les phénomènes pseudo-tuberculeux *au cours* d'une typhoïde sont reconnus par tous les auteurs. Ils existent parfois *au début*, plus souvent vers le *deuxième septennaire* de la dothiéntérie. Ils sont dus au bacille d'Eberth ou aux bacilles para-typhiques a ou b ainsi qu'en témoigne leur présence dans les poumons ou les crachats. Ephémères chez l'adulte, ils sont plus stables chez l'enfant. Les quelques rares autopsies faites [le pronostic est

généralement bénin] montrèrent des lésions d'œdème congestif. La congestion est donc la lésion essentielle. Enfin, le diagnostic en est difficile. Deux cas se présentent. Les phénomènes pseudo-tuberculeux apparaissent-ils au début ? Les premiers symptômes de la typhoïde sont masqués et celle-ci méconnue. Se montrent-ils au cours de la dothiéntérie ? On se demande alors si la bacillose ne se surajoute pas.

Telles nous paraissent être résumées les opinions des auteurs. Mais nous insistons encore sur ce fait que l'on ne signale ces phénomènes qu'à l'une des périodes de la fièvre continue : soit au début, soit au cours, soit à la fin.

Observations

Avant d'exposer nos observations, nous devons prévenir qu'elles n'ont pas la prétention d'être complètes. Dans les deux cas, en effet, mais surtout dans le premier, la maladie évolua en dehors de l'hôpital. C'est peut-être pour cette raison, comme nous le verrons, que ces malades nous parurent particulièrement intéressante. De plus, certains renseignements de laboratoire nous manquent. Mais avec ceux que nous possédons nous croyons pouvoir affirmer le diagnostic et tirer les conclusions utiles.

OBSERVATION I

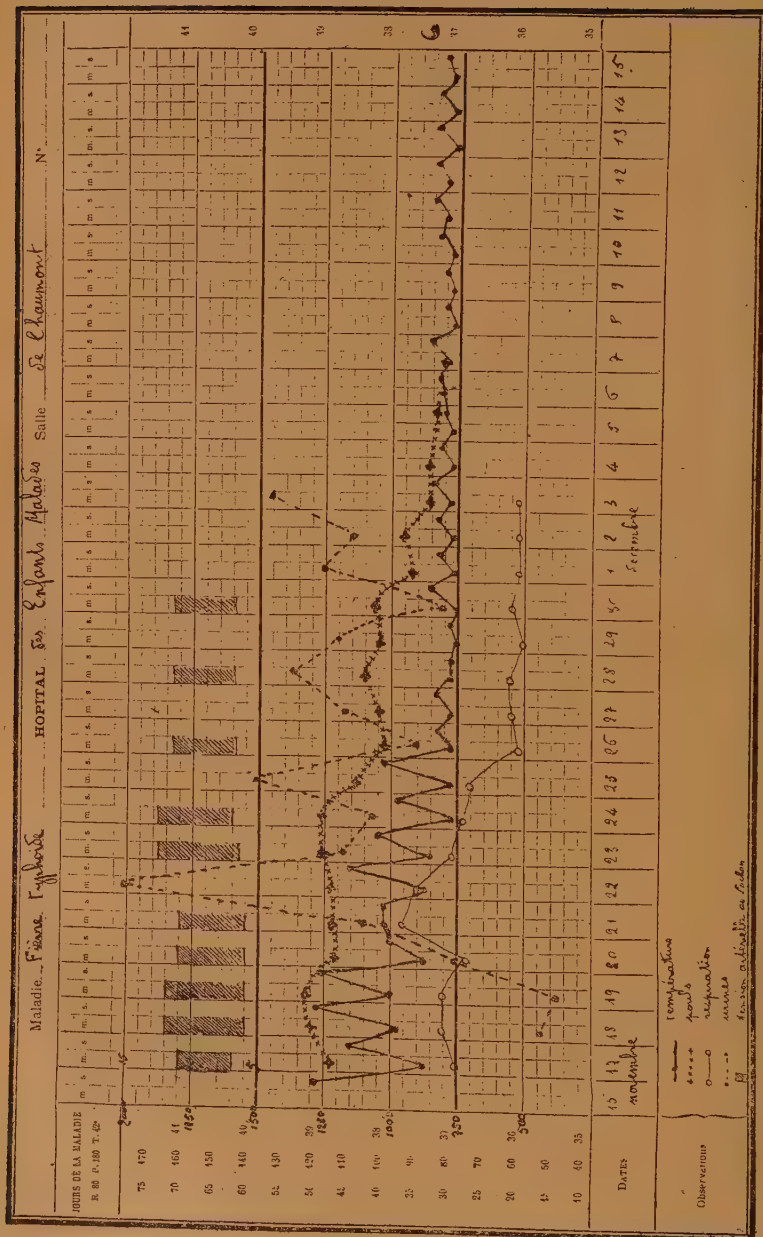
Mlle B. M..., âgée de 12 ans, tombait malade vers le 10 octobre 1921. Nous n'eûmes de renseignements précis ni sur le début, ni sur la marche de la maladie jusqu'au 16 novembre 1921, date à laquelle la malade entra dans le service de M. le docteur Aviragnet à l'hôpital des Enfants malades. Ce qui est pourtant certain, c'est que l'ensemble des symptômes et leur évolution depuis 1 mois, avaient fait porter le diagnostic de broncho-pneumonie tuberculeuse. Dès les premiers jours du mal le médecin avait parlé de broncho-pneumonie. Puis des signes de tuberculose étant apparus, l'état devenant

inquiétant, les maîtres de la malade (celle-ci était domestique) la faisaient entrer à l'hôpital craignant chez eux une issue fatale. Nous répétons à dessein que pendant 1 mois les phénomènes pulmonaires attirèrent seuls l'attention. Comme phénomènes intestinaux, on ne relevait qu'une diarrhée légère et passagère qui était apparue à deux reprises au cours de la maladie. Ni hémoculture, ni séro-diagnostic n'avaient été faits, tant l'idée de fièvre typhoïde était loin de l'esprit devant un pareil tableau clinique. Quand nous examinâmes la malade, elle donnait vraiment une impression de cachexie bacillaire. Dans un état de maigreur extrême, pâle, elle était un peu dyspséique, avait un pouls à 118, une langue sèche, les urines peu abondantes, troubles, albumineuses, la température à 39°. *Elle délirait*, ne pouvait rester immobile dans son lit et tentait à chaque instant de se lever. Son corps amaigri était dans un état lamentable, presque squelettique. A l'examen pulmonaire, une multitude de râles emplissaient les deux poumons. Ronflants et sibilants y étaient épars ; aux deux bases on percevait un foyer de sous-crépitaux ; *au sommet droit des râles humides rappelaient des craquements*. Une respiration généralement soufflante devenait soufflée à ce sommet droit. La percussion y révélait une submatité marquée. Ces signes, d'une intensité impressionnante, confirmaient le diagnostic d'entrée. Nous apprenons alors que l'enfant a eu deux selles diarrhéiques depuis la veille. On recherche les taches rosées ; il n'y en a point. La rate est à peine percevable. La tension artérielle est basse 7 à 11 au Pachon. L'enfant tousse peu et ne crache pas. Voilà donc le diagnostic hésitant. Mais qu'il s'agisse d'une tuberculose ou d'une typhoïde, qui toucherait alors à sa fin, il faut alimenter la malade pour relever son état général, soutenir son cœur par des injections d'huile camphrée, relever sa tension par de l'a-

adrénaline. Les bains chez une malade aussi affaiblie sont mal supportés. Naturellement on fait une prise de sang et une cuti-réaction à la tuberculine. Le séro-diagnostic fut fortement positif (1/300) à l'Eberth; la cuti-réaction, négative. Il s'agissait donc d'une fièvre typhoïde. Alors intervenait le diagnostic que nous avons signalé dans l'exposition du sujet et dans l'historique : n'y avait-il pas une complication bacillaire ? Pendant 4 jours, l'état fut sensiblement stationnaire. Le délire était cependant moins marqué. Un examen de crachats n'avait révélé aucun bacille de Koch. Les phénomènes pulmonaires persistaient.

Le 5^e jour de l'entrée à l'hôpital, la température baissait ; le 6^e jour se produisait une diurèse. Le délire avait disparu. L'état général était très amélioré. Les râles diminuaient d'intensité. A partir de ce jour l'amélioration fut extrêmement rapide. Le 12^e jour l'enfant était apyretique. Quelques râles persistaient encore dans les deux poumons. L'enfant avait un excellent appétit et prenait 1 kilogramme en 8 jours. Les progrès étaient surprenants. Le 31 décembre 1921, elle quittait le service, guérie, sans un râle dans la poitrine. Nous notions pourtant une rudesse inspiratoire et une légère submatité au sommet droit où s'étaient exagérés les signes pulmonaires. Nous avons pensé qu'il s'agissait d'une adénopathie trachéo-bronchique latente. Malheureusement l'enfant quitta brusquement le service pour aller en province et il nous fut impossible de la faire radioscopier et de recommencer la cuti-réaction.

Voici la feuille de température qui résume cette observation. Il est facile de constater que l'enfant entra dans le service à la fin de sa dothiéntérie, que, sous l'influence de l'alimentation, l'amélioration fut particulièrement rapide et que l'apyrexie complète pendant



plusieurs semaines, fait écarter l'idée d'une tuberculose évolutive quelconque.

Nous avons des renseignements plus précis et plus abondants sur le début de la maladie chez notre seconde malade. La mère vint nous les donner et nous apporta les ordonnances successives des médecins.

OBSERVATION II

Mlle D. R..., âgée de 15 ans, entrain à l'Hôpital des Enfants Malades, dans le service de M. le docteur Aviragnet, le 13 décembre 1921. La mère nous apprenait qu'au début de novembre 1921 l'enfant avait perdu sa gaieté, son appétit ; elle avait maigri. Vers la mi-novembre était apparue une petite toux sèche, un peu de fièvre le soir, de la fatigue au moindre effort, de la céphalée et de la constipation. La mère avait alité sa fille. Un médecin appelé suivit l'enfant pendant plusieurs jours. Les céphalées devenaient violentes, la constipation opiniâtre ; l'amaigrissement et la toux augmentaient. Il n'y avait eu aucun vomissement. Puis apparurent quelques phénomènes méningés très atténués, une légère raideur. Le médecin traitant demanda une consultation. Un médecin des Hôpitaux fut mandé. A l'issue de la consultation, qui eut lieu, au début de décembre, les médecins prévinrent la mère « que le poumon droit était atteint au sommet » et qu'il fallait craindre une méningite tuberculeuse. On ordonna des applications gâïacolées au sommet droit, de la carnine, des cachets d'analgésine et une potion contre la toux. La mère garda l'enfant pendant plusieurs jours encore, puis, aucun mieux ne survenant, elle la fit entrer à l'Hôpital. La température était alors de 39° ; le pouls à 120, la langue saburrale

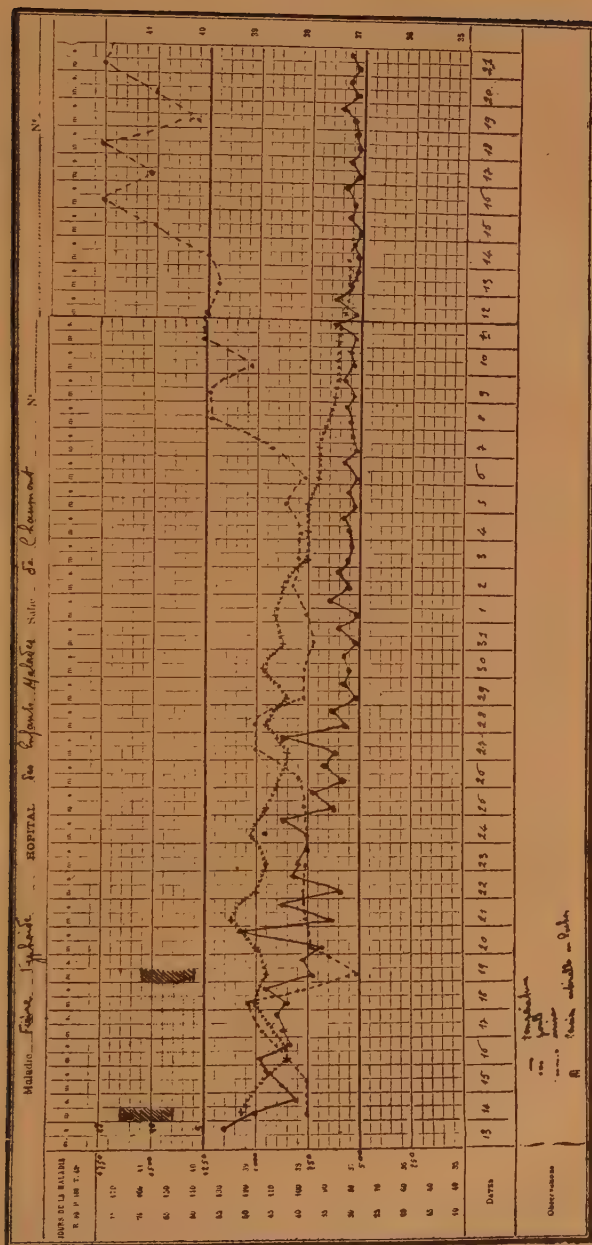
et sèche. Les urines peu abondantes avaient un reflet verdâtre, mais, à l'analyse, on n'y décelait aucune trace de pigments biliaires. M. le Docteur Aviragnet fut alors frappé par l'anéantissement, la torpeur de l'enfant. On constatait aussi chez elle une surdité qui remontait à une dizaine de jours, au dire de la mère. Sur l'abdomen et à la base du thorax, on constatait deux ou trois petites taches fort suspectes, mais il était vraiment impossible de leur accorder une valeur pathognomonique. La rate était un peu augmentée de volume. Ces quelques signes, si discrets, paraissaient bien peu de chose à côté des phénomènes pulmonaires : de la submatité à droite, en avant et en arrière, très marquée au sommet ; à l'auscultation des râles de bronchite diffuse des deux côtés, surtout à droite ; au sommet droit des râles humides et une respiration soufflante, s'ajoutant à la submatité constatée, semblaient en imposer pour une tuberculose évolutive. Le début de l'affection, avec cet amaigrissement progressif, cette petite toux sèche, l'évolution, l'avis des médecins, y faisaient penser. Pourtant la malade ne crachait pas. Or, une bacillose pulmonaire évolutive, à une période aussi avancée que l'eût été celle-ci, chez une enfant de cet âge, suppose d'ordinaire des crachats assez caractéristiques. Pour éclairer le diagnostic on fit faire une hémoculture qui fut négative. Rien encore d'extraordinaire ; peut-être étions-nous trop éloignés déjà du début de la maladie. Un séro-diagnostic ne nous éclaira pas davantage, mais il pouvait être trop tôt pour cette épreuve. La cuti-réaction à la tuberculine fut également négative. Force fut donc d'attendre l'évolution pour avoir une certitude. Mais M. le Docteur Aviragnet avait l'impression qu'il s'agissait d'une fièvre typhoïde plutôt que d'une tuberculose pulmonaire aiguë. Les 5 premiers jours l'enfant demeura dans le même état : la température baissait néanmoins.

Le pouls restait rapide. Deux nouvelles hémocultures et un séro-diagnostic étaient encore négatifs. La tension artérielle était basse. Le 6^e jour de l'entrée à l'hôpital, l'état général nous semblait meilleur, la prostration moins grande, la submatité atténuée au sommet droit. Une otorrhée commençait, unilatérale, expliquant la surdité, constatée le 1^{er} jour. De gros râles humides étaient maintenant disséminés dans les deux poumons. Ils restaient plus accusés au sommet droit. La fièvre tombait en lysis. Du côté de l'intestin il n'y avait toujours que de la constipation. Dans les jours suivants, l'amélioration s'accroissait, spontanée, peut-on dire, le traitement ayant consisté à soutenir le cœur par des injections d'huile camphrée. Le 28 décembre, 16 jours après l'entrée, à l'hôpital, l'apyrexie était complète, les râles avaient considérablement diminué et devaient disparaître trois jours plus tard. Le séro-diagnostic était toujours négatif. Il ne devenait positif au 1/200 à l'Eberth que le 4 janvier 1922, venant ainsi confirmer la première impression. A ce moment, il restait fort peu de signes d'une lésion pulmonaire. Par un examen attentif on pouvait noter une inspiration un peu rude et une expiration très légèrement soufflante au sommet droit. A la base du même côté, il y avait encore de l'obscurité respiratoire. En arrière la percussion était partout normale ; en avant on trouvait à droite une résistance sous le doigt. L'enfant avait été fortement touché par l'infection éberthienne ; des escarres étaient apparues, et l'état général ne s'améliora que lentement.

Le 30 janvier 1922 une nouvelle cuti-réaction à la tuberculine était positive. Une réaction de fixation donnait le même résultat, mais ce procédé est encore trop récent pour que l'on puisse ici en tirer une conclusion. A la radioscopie nous trouvons les deux poumons absolument normaux ; les deux sommets s'éclairent parfai-

tement. Par contre, il existe une réaction péri-hilaire, plus marquée à gauche. La radiographie nous confirme cette adénopathie trachéo-bronchique. On y voit de plus que le côté droit, manifestement le plus atteint, au sommet duquel on avait noté les signes pseudo-tuberculeux, est plus clair que le côté gauche. A l'examen clinique la sonorité est plus grande aussi de ce côté. Il y a donc là un emphysème qui, pour être léger, n'en est pas moins certain.

Voici la feuille de température de cette malade.



Discussion

De ces deux observations qui se ressemblent étrangement, quelles conclusions pouvons-nous tirer ? C'est ce que nous nous proposons maintenant d'examiner. Résumons d'abord ces deux histoires à grands traits.

Dans le premier cas, la malade entraît au bout d'un mois de maladie avec le diagnostic de broncho-pneumonie tuberculeuse. Ses maîtres l'envoyaient à l'hôpital craignant une issue fatale à *brève échéance*. Nous étions frappés par un délire très marqué. L'état de l'enfant était lamentable, l'amaigrissement extrême. Nous trouvions à l'examen plusieurs foyers de congestion et, au sommet droit, percussion et auscultation révélaient un foyer que l'on pouvait croire tuberculeux. Tout de même, ce délire, la diarrhée, constatée depuis l'entrée à l'hôpital, nous incitaient à faire faire un séro-diagnostic qui fut positif. Sous l'influence de l'alimentation l'enfant, entrée cachectique, s'améliorait très rapidement. Une fois guérie, son sommet droit gardait une rudesse inspiratoire.

Notre seconde malade, après une période prodromique qui paraît avoir été prolongée, entra à l'hôpital au 12^e jour environ de sa période d'état. Suivie par un médecin traitant, vue par un médecin des hôpitaux, elle nous fut

envoyée avec le diagnostic de tuberculose pulmonaire aiguë. Une légère réaction méningée, attribuée plus tard à une otite, avait fait craindre une localisation méningée du bacille de Koch. D'autant plus que l'enfant, qui s'était peu à peu et considérablement amaigri, était atteinte d'une constipation opiniâtre. On trouvait à l'examen des phénomènes pulmonaires très marqués, et, en particulier, au sommet droit, submatité, respiration soufflante et râles humides. Ce fut la torpeur qui, cette fois, attira l'attention et fit envisager la possibilité d'une fièvre typhoïde. L'enfant n'était pas gênée dans sa respiration et ne crachait pas, ce qui cadrerait mal avec l'idée d'une tuberculose pulmonaire aiguë. Hémoculture et séro-diagnostic furent négatifs à plusieurs reprises et celui-ci ne devint positif qu'au début de la convalescence, 1 mois et demi après l'apparition des premiers symptômes prodromiques. Enfin, une radioscopie, suivie d'une radiographie nous assura que l'enfant était atteinte d'une adénopathie trachéo-bronchique. Une cuti-réaction à la tuberculine, positive, nous en indiqua la nature.

Dans ces deux cas, par conséquent, un séro-diagnostic nous prouva qu'il y avait eu infection éberthienne. Ceci est un point indubitable. Or, cette infection évolua chez nos deux malades, surtout chez la seconde, avec un minimum de phénomènes intestinaux. Par contre, l'intensité des phénomènes pulmonaires et leur localisation prédominante au sommet avaient fait porter le diagnostic de tuberculose. Dans notre introduction et dans notre historique nous avons vu que cette erreur de diagnos-

tic, au début d'une fièvre typhoïde, a déjà été signalée. Mais chez nos deux malades il nous semble qu'il y a quelque chose de plus. Les phénomènes pulmonaires ne survinrent pas au cours d'une dothiéntérie, comme les auteurs l'ont souvent signalé. Ils ne marquèrent pas uniquement le début de cette affection, ce qui fut fréquemment noté. Dans les deux cas, l'infection éberthienne fut masquée par les phénomènes pulmonaires et pendant 1 mois, pendant toute la durée de la maladie, ils dominèrent la scène avec une intensité telle que les autres symptômes, très frustrés d'ailleurs, passèrent inaperçus. Ce n'était donc pas un incident survenant au cours de la fièvre continue, c'était cette fièvre elle-même se manifestant sous cette forme. Il ne s'agissait pas d'une dothiéntérie débutant par une pneumonie et égarant le diagnostic, ni d'une broncho-pneumonie surgissant au cours d'une typhoïde, ni d'une congestion pulmonaire apparaissant dans les mêmes conditions. Ce ne pouvait être non plus la résultante d'une association de Koch et d'Eberth, car si celui-là avait eu une participation active quelconque à l'affection de nos deux malades, il est certain que leur rétablissement et leur convalescence n'eussent pas été aussi rapides ni aussi complets. Le bacille d'Eberth fut donc probablement le seul auteur de ces congestions. Mais ce ne fut pas une simple congestion du sommet comme en signale le docteur Archarouni. On assista vraiment à une infection éberthienne à forme broncho-pulmonaire généralisée, avec exagération des signes sthétoscopiques au sommet droit. L'absence de recherches bactériologiques précises, nous dira-t-on, nous

empêche d'affirmer ce diagnostic. Pourquoi n'y aurait-il pas eu association microbienne ? Il nous paraît logique d'admettre que le bacille d'Eberth fut seul en cause, parce que les phénomènes pulmonaires résumèrent, pour ainsi dire, toute l'infection, en marquèrent le début, et ne disparurent qu'avec elle.

Il s'agit donc, à notre avis, d'une fièvre typhoïde à forme pulmonaire avec exagération des signes stotoxopiques pseudo-tuberculeux à l'un des sommets, le droit dans les deux cas.

Nous avons vu, chemin faisant, comme il est difficile d'affirmer cliniquement ce diagnostic. Un des signes de la typhoïde, isolé, perdu au milieu des symptômes pseudo-tuberculeux, peut seul parfois mettre sur la voie : tantôt c'est l'anéantissement du malade, comme ce fut le cas pour Mlle D. R. ; tantôt le délire, plus rare chez les bacillaires, qui demeurent en général lucides ; parfois une diarrhée fugace, intermittente ; parfois c'est un signe négatif : l'absence de crachats chez une malade qui, tuberculeuse évolutive, cracherait selon toute vraisemblance. Ainsi, le diagnostic clinique n'est-il souvent, dans ces cas, qu'un diagnostic d'impression. Quand on a eu la chance de surprendre un de ces signes, quelquefois passagers, on peut avoir recours aux recherches bactériologiques. Encore allons-nous voir qu'elles ne donnent pas toujours une certitude.

L'hémoculture, moyen sûr, doit être faite dans les dix premiers jours de l'infection. Passé ce délai, elle n'a plus de valeur si elle reste négative. Or, nous avons vu par notre seconde observation qu'il est des cas où rien, dans

le début de la maladie, ne peut imposer le recours à ce moyen précieux de diagnostic. Le symptôme révélateur, dont nous venons de parler et qui aiguille la pensée vers l'idée de typhoïde, n'apparaît parfois que tardivement. Il est alors trop tard pour pouvoir compter sur une hémoculture positive. Pourtant on ne peut pas faire pratiquer cette recherche chez tous les enfants qui commencent une bronchite ou chez qui l'on craint une tuberculose. Il n'en est pas moins vrai qu'elle pourrait être plus fréquemment pratiquée. Elle permettrait ainsi de découvrir des typhoïdes qui doivent passer inaperçus.

Le séro-diagnostic ? C'est lui qui nous permet d'affirmer rapidement le diagnostic chez notre première malade. Mais notre seconde observation est surtout instructive à ce sujet. Le séro-diagnostic ne fut positif que le 4 janvier, quand l'apyrexie était complète, que l'enfant entraînait en convalescence, alors que les premiers symptômes du mal remontaient à la mi-novembre. M. le Professeur Nobécourt croit cette réaction aussi précoce chez l'enfant que chez l'adulte. Beaucoup d'auteurs au contraire, ont signalé que le séro-diagnostic peut être très tardif chez l'enfant. Le cas de Mlle D. R. semble leur donner raison. Nous avons eu plusieurs occasions de constater ce fait dans le service de M. le docteur Aviragnet. Il semble donc impossible de se baser sur un séro-diagnostic négatif pour écarter l'idée de dothiéntérie, au moins pendant la durée de l'infection et de la fièvre.

Hémoculture et séro-diagnostic, ces deux moyens classiques de laboratoire, passés dans la pratique courante,

sont donc incapables, dans certains cas, d'apporter un éclaircissement. N'y a-t-il pas un autre moyen ?

Nous écartons la diazo-réaction d'Ehrlich qui s'observe dans plusieurs autres maladies et, en particulier, dans la phthisie aiguë. Chez un malade que l'on soupçonne de tuberculose pulmonaire évolutive aiguë, un examen des crachats s'impose. Si, après homogénéisation, on ne découvre à plusieurs reprises aucun bacille de Koch, il y a de fortes chances pour qu'il ne s'agisse pas de tuberculose. Ce fut le cas chez nos deux malades. Alors intervient une nouvelle recherche, délicate, qui n'est pas encore entrée dans le domaine de la pratique journalière, mais qui pourrait rendre de très grands services dans le diagnostic des typhoïdes à forme pulmonaire : c'est la recherche des bacilles typhiques dans les crachats. Au cours de notre historique nous avons dit que plusieurs auteurs l'avaient préconisée. Bancel, dans sa thèse, a montré que ce moyen de diagnostic donne d'excellents résultats. On peut donc essayer d'y avoir recours quand hémoculture, séro-diagnostic et recherche de Koch dans les crachats sont négatifs.

Quant à la cuti-réaction à la tuberculine, positive, chez ces grands enfants, elle signifie seulement qu'ils sont bacillifères ; négative, chose rare à l'âge qu'avaient nos malades, le fait peut relever d'une anergie au cours d'une bacilliose évolutive sévère, ou d'une fièvre typhoïde. On ne peut donc pas s'appuyer sur cette réaction.

Nous avons déjà signalé plus haut, au sujet de la réaction de fixation à la tuberculose, la part d'imprécision

qui règne encore sur l'interprétation exacte de cette méthode.

Une autre question se pose maintenant. Pourquoi, dans certains cas, rares d'ailleurs, le bacille d'Eberth se localise-t-il de préférence sur l'appareil pulmonaire et plus particulièrement à l'un des sommets ? N'est-ce pas le moment de rappeler ce qu'écrivait M. le Professeur Nobécourt : « La congestion pulmonaire est liée souvent alors à l'existence d'une lésion tuberculeuse latente du poumon ou des ganglions trachéo-bronchiques ? » Nous avons vu que nous pouvions, chez nos deux malades, écarter l'idée d'une bacillose évolutive. Par contre, dans les deux cas, il existait une adénopathie trachéo-bronchique constatée cliniquement et vérifiée sous l'écran pour Mlle D. R. Chez celle-ci, la cuti-réaction devenue positive après la période fébrile, nous prouva que cette adénopathie était bien d'origine bacillaire. Dans les antécédents de l'enfant on ne relevait que rougeole et coqueluche. N'est-il pas logique d'admettre, comme c'est l'avis de M. le docteur Aviragnet, que cette adénopathie fut un point d'appel, une cause favorisante de cette localisation éberthienne ? Celle-ci est beaucoup plus fréquente chez l'enfant. Or, l'adénopathie trachéo-bronchique est précisément un incident de l'enfance. Voici comment M. le Professeur Nobécourt explique cette relation :

« Chez l'enfant, pour qu'un processus congestif ou une bronchite se localisent au sommet, il faut, en général, un facteur prédisposant. L'adénopathie trachéo-bronchique, par les compressions vasculaires ou nerveuses qu'elle exerce au niveau du hile, réalise un de ces

facteurs, de sorte que ces affections du sommet, tout en n'étant pas elles-mêmes tuberculeuses, peuvent être conditionnées par une adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse, ou même par une petite lésion tuberculeuse fixée au sommet ».

Restent le pronostic et le traitement. Le pronostic est bon. Tous les auteurs s'accordent à reconnaître que ces formes de la typhoïde évoluent généralement vers la guérison. Nos deux malades, bien que fortement touchés par l'infection, confirment cette opinion. Nous ajouterons que les phénomènes pulmonaires régressent avec une rapidité particulière à la fin de la maladie. On est tout surpris, après les avoir vus si intenses, si persistants, de les voir disparaître en quelques jours. M. le docteur Archarouni concluait lui aussi à un pronostic bénin, mais le sommet atteint de congestion au cours de la dothiérien-térie, restait, à son avis, affaibli. Nous nous demandons s'il n'y a pas là une erreur d'interprétation. Nous venons de voir en effet qu'une adénopathie trachéo-bronchique ou une lésion pulmonaire latente, pouvaient jouer un rôle de cause favorisante et provoquer cette localisation des bacilles typhiques. Deux auteurs admettent cette hypothèse. Le sommet ne resterait donc pas affaibli à la suite de la typhoïde, mais ce sommet affaibli aurait amené la localisation pulmonaire de la fièvre éberthienne. Ce serait le cas de Mlle D. R. puisque radiographie et cuti-réaction semblaient affirmer une tuberculose latente, préexistant à la fièvre typhoïde.

Quant au traitement, bains et enveloppements ne sont certes pas contre-indiqués. Toutefois, si l'état général

est peu satisfaisant, comme chez nos malades, mieux vaut s'en tenir aux enveloppements ou même s'abstenir si la fièvre n'est pas trop intense. L'huile camphrée soutient le cœur. Certains préconisent l'adrénaline si la tension est basse. Quant à la reprise de l'alimentation, on a pu voir comment elle agit merveilleusement chez Mlle B. M., avant même la chute de la température. Quand les forces sont très diminuées, il est certain qu'elle peut agir favorablement en augmentant la résistance du malade. Et l'on est heureusement surpris de voir avec quelle rapidité se relève l'état général de malades, vraiment cachectiques, qui en peu de semaines ont retrouvé leur embonpoint.

Conclusions

I. Certaines fièvres typhoïdes, rares d'ailleurs, débuent et évoluent parfois pendant trois et quatre semaines comme une tuberculose pulmonaire. Les phénomènes intestinaux sont frustres et les signes sthétoscopiques pulmonaires intenses, persistants, exagérés à l'un des sommets, durent tout le temps de l'infection éberthienne. C'est une véritable forme pulmonaire de cette infection, simulant la tuberculose aiguë. Elle est plus fréquente chez les enfants.

II. Le diagnostic clinique en est fort difficile. Un signe isolé, comme la torpeur, le délire, une diarrhée fugace ou l'absence de crachats met quelquefois sur la voie du diagnostic.

III. Le diagnostic bactériologique peut présenter également certaines difficultés : l'hémoculture ne donne de résultats certains que dans les dix premiers jours; le séro-diagnostic tarde parfois beaucoup à se montrer positif. L'absence de bacilles de Koch dans les crachats doit alors inciter à y rechercher les bacilles typhiques.

IV. A la fin de l'infection éberthienne les phénomènes pulmonaires régressent très rapidement, mais on cons-

tate souvent alors soit une adénopathie trachéo-bronchique, soit une lésion bacillaire latente d'un sommet. Cette lésion tuberculeuse latente préexiste probablement à la fièvre continue. Elle est une cause favorisante de la localisation des bacilles typhiques ou paratyphiques à l'un des sommets. Elle reste silencieuse et l'infection éberthienne ne la rend pas évolutive.

V. Le pronostic de ces formes pulmonaires est bon. Elles évoluent le plus souvent vers la guérison et la convalescence est régulière et franche.

VI. Le traitement est celui de la fièvre typhoïde. On doit pourtant suspendre les bains en cas de grand affaiblissement du malade, et dans ce cas la reprise de l'alimentation ne doit pas être tardive. Elle peut, sans inconvénient, précéder la chute de la température.

Vu le Doyen,

ROGER.

Vu le Président,

LABBÉ.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

APPELL.

Bibliographie

ARCHAROUNI. — Thèse de Paris, 1904. Bibliographie complète de la question jusqu'à cette date.

C. MOURIQUAND. — Note sur les complications pulmonaires observées au cours de l'épidémie de typhoïdes et d'états typhoïdes de l'hiver 1914-1915 à l'hôpital temporaire Landremont-Blandan, à Nancy. — *Lyón Médical*, 1915, p. 217.

PETGES, DUMORA et PEYRI. — Considérations sur 330 cas de fièvre typhoïde. — *Presse Médicale*, 1915, n° 53.

MINET. — Congestions pulmonaires à bacilles paratyphiques. — *Presse Médicale*, 1916, n° 19.

NOBÉCOURT. — Traité de médecine des enfants, 1920.

LEMIERRE et DESCHAMPS. — Les syndrômes pulmonaires pseudo-tuberculeux au cours de la fièvre typhoïde et des fièvres pra-typhoïdes. — *Presse Médicale*, 1921, n° 38.

NOBÉCOURT. — Leçon clinique à l'hôpital des Enfants Malades, en décembre 1921, publiée en février 1922 dans *Clinique et Laboratoire*.

WIDAL, LEMIERRE et ABRAMI. — Nouveau Traité de médecine, 1921.
